



**Hugo Keuzenkamp**

Econoom en bestuurder in de zorg



**Xander Koolman**

Gezondheidseconoom aan de VU

*Interview door Marike Knoef en Maartje Schulz*

# Zorg en gezondheid

*‘We moeten ons als welvarend land schamen voor de gezondheidskloof’*

*Welk cijfer zouden jullie aan de zorg in Nederland geven, en waarom?*

**Hugo:** “Ik twijfel tussen een 8 en een 9. Ik denk dat onze zorg kwalitatief goed en toegankelijk is, maar dat het nog wat schort aan efficiency en betaalbaarheid. Die mindere kanten spelen niet alleen in Nederland, maar veel breder.”

**Xander:** “Mooi dat je zo’n hoog cijfer geeft. Ik zie altijd nog veel mogelijkheden om allerlei zaken te verbeteren. Ik zou daarom een 7,5 geven. Dus alsnog best hoog. Als we kijken naar de indicatoren toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit, dan zijn er andere landen die ons op een aantal punten voorbijstreven. Dan denk ik aan de Scandinavische landen, aan Duitsland en aan België. Overigens zijn er ook onderdelen waar wij dan weer beter op scoren. Er is niet zoiets als één systeem dat beter scoort op alle punten. En gemiddeld genomen scoort Nederland beter dan veel andere Europese landen.”

*En wat voor cijfer zouden jullie geven voor onze gezondheid?*

**Xander:** “Even een notie vooraf: het gros van het geld dat wij uitgeven in de gezondheidszorg is niet rechtstreeks herleidbaar tot het doel gezondheid. Vaak is het zo dat als je gezondheid wil optimaliseren, je die euro’s beter buiten de zorg kunt uitgeven. Als je kijkt naar de langdurige zorg, dan zie je dat heel weinig van de activiteiten en de euro’s gericht zijn op gezondheidsverbetering. Langdurige zorg heeft veelal te maken met het ondersteunen van het leven met een beperking, en ook met het vrijstellen van de partners of familieleden, waar die zorg anders terecht zou komen. Veel langdurige zorg is nu formeel gemaakt. Dat heeft ook te maken met de emancipatie van vrouwen.

Waar de zorg traditioneel voornamelijk bij vrouwen terecht kwam, hoeft er nu minder in de familiesituatie te worden opgelost. Vrouwen hebben door de huidige langdurige zorg nu meer de mogelijkheid om, net als mannen, hun eigen leven in te richten. Het cijfer dat ik geef voor gezondheid ligt lager dan dat ik gaf voor zorg: een 6,5. Dat komt omdat wij een relatief lage levensverwachting hebben. We zaten ooit in de top

## "Vaak is het zo dat als je gezondheid wil optimaliseren, je die euro's beter buiten de zorg kunt uitgeven"

van Europa. Dat is achteruitgegaan ten opzichte van andere landen, en we zitten nu in de Europese middenmoot. Dat heeft ermee te maken dat vrouwen in Nederland meer zijn gaan roken dan vrouwen in andere landen, en dat heeft de levensverwachting echt geschaad. Het roken neemt nu wat af, maar de gevolgen zijn nog niet weg. En het probleem met *vapen* is enorm, nu een derde van de jeugd. Dat gaat waarschijnlijk leiden tot ook een latere verslaving aan roken of iets soortgelijks."

**Hugo:** "Dan ben jij in dit geval positiever dan ik qua cijfer. Ik vind het een onvoldoende, een 5. We hebben goede gezondheidszorg, maar we hebben enorme verschillen in gezondheidsuitkomsten. Als je kanker hebt, wordt er heel goed voor je gezorgd. Dat stelsel zit grosso modo goed in elkaar. Waar het probleem ligt, is dat mensen met hooguit een mbo-opleiding een stuk korter leven en veel minder gezonde levensjaren hebben dan mensen met een universitaire opleiding. Die gezondheidskloof is zelfs aan het groeien. Dat vind ik verbijsterend. We moeten ons als welvarend land daarvoor schamen."

**Xander:** "Internationaal gezien is het verschil in levensverwachting in Nederland tussen de hoger- en lageropgeleiden overigens wel kleiner dan in de meeste andere landen in Noordwest-Europa. In Scandinavië zijn de verschillen minstens zo groot als in ons land. Los daarvan kun je natuurlijk prima normatief stellen dat wij ons moeten schamen en dat het onacceptabel is dat we die situatie laten bestaan.

Ik denk persoonlijk dat we niet goed omgaan met de situatie van de pensioenen van

mensen met zware beroepen. Dan gaat het om mensen die eigenlijk versleten zijn en langer doorwerken dan mensen met lichte beroepen, aangezien de mensen met de lichte beroepen het zich kunnen veroorloven om eerder te stoppen. Hierdoor verslechtert de sociaal-economische ongelijkheid en de levensverwachting enorm, denk ik. Het is goed dat daar nu stappen worden gezet, al is de uitwerking daarvan nog zeer ongewis...”

*In hoeverre speelt leefstijl een rol in de gezondheid?*

**Hugo:** “Dat speelt enorm mee. Er is meer bemoeizorg nodig. Ik ben liberaal ingesteld en vind dat voor veel zaken eigen verantwoordelijkheid geldt. Maar als het om aan leefstijl gerelateerde zaken gaat, hebben we echt ander beleid nodig. In Engeland wordt roken stapsgewijs verboden. Dat moeten wij als Nederland een-op-een overnemen. Je mag daar binnenkort niet meer op straat roken, dat was nota bene een wetsvoorstel van de Conservatieven. Mensen in Engeland leefden altijd al vrij ongezond, maar ze zijn daar nu echt goed bezig met die bemoeizorg om de gezondheid te bevorderen, en met name voor de mensen die wat slechter voor zichzelf zorgen. Dat zijn doorgaans mensen met een lagere opleiding.

Roken moeten we dus gaan verbieden. Ik vind sigarettenfabrieken georganiseerde misdaad. Dus de directeuren daarvan moeten allemaal de gevangenis in. We moeten daar veel strenger in worden qua wetgeving, en kijken wat we daarvoor zowel in Nederland als in Europa moeten doen.

*"Het meest bizarre voorbeeld is  
een jongen die dacht dat hij veel groente at,  
omdat hij paprikachips at"*

In de Verenigde Staten neemt de ongezondheid snel toe en is de situatie nog veel erger dan in Europa. Een van de grote problemen daar zijn de kant-en-klaarmaaltijden, waar bijvoorbeeld veel meer zout in zit. In Nederland koken we nog relatief vaak zelf en dat draagt bij aan beter eten. Tegelijkertijd zien we dat mensen met een lage opleiding toch minder gezonde keuzes maken. Het meest bizarre voorbeeld is een jongen die

dacht dat hij veel groente at, omdat hij paprikachips at. Dat is geen grap. Hij dacht echt dat hij op die manier aan zijn gezonde voedsel kwam.

Daar is echt een wereld te winnen, maar het is ook moeilijk, want je moet gedrag gaan beïnvloeden. De gedragsfactor is, denk ik, onderbelicht in de gezondheidszorg. In de revalidatiesector, waar ik nu werk, wordt daar al veel aan gedaan. Dan gaat het om discipline aanleren en informatie opnemen. Het geld moet naar mijn idee naar dit soort inspanningen gaan, in plaats van honderd miljoen uitgeven aan een nieuw gepatenteerd oncologisch medicijn.”

**Xander:** “Wat we nu laten gebeuren met dat vaperen vind ik heel erg. Nu er verslavingen ontstaan, is dit het moment om vaperen te bestrijden, indien nodig met een *heavy hand*. Het anti-vape-beleid loopt nu het meest van elk beleid in de zorg uit de rails.”

**Hugo:** “Ja, vaperen is het ergst, want daar worden mensen – bewust – verslaafd aan gemaakt. Dat vind ik een criminele actie. Dus de mensen die dat doen, moeten de gevangenis in. Maar je moet het ook moeilijker maken om het te kunnen kopen. Het aantal verkooppunten is nu wel aan het dalen, en dan krijg je illegale import. Er is wel een stevig apparaat voor nodig om wat aan die illegaliteit te doen.

En daarnaast is het natuurlijk qua leefstijl van belang om mensen te stimuleren meer te bewegen. Een leuk voorbeeld is het creëren van een trapveldje bij een school met een aantal bussen witte verf, waarmee je de kinderen uitlokt om met de bal te gaan spelen. Heel effectief.”

*Mooi. Ja, het gaat dus echt om het veranderen van de omgeving en niet om primair de schuld neer te leggen bij het individu als het gaat om leefstijl?*

**Xander:** “Uit internationaal onderzoek blijkt dat bestaanszekerheid de belangrijkste factor is die een gezonde leefstijl stimuleert. Als je mensen hun bestaanszekerheid ontnemt, dan gaan ze zich ongezond gedragen. Neem nou een bouwvakker van 55 jaar die aan het eind van een lange dag vier flesjes bier leegdrinkt. Dat is in feite pijnbestrijding. In Amerika heeft die pijnbestrijding geleid tot het gebruik van opiaten, en in Nederland wordt er eerder naar pijnstillers en alcohol gegrepen. Dan kun je zeggen dat die man moet stoppen met de alcohol, maar hij is versleten. En hij moet wel door om in zijn inkomen te voorzien. Kortom, kijk naar *waarom* mensen bepaald gedrag vertonen. Vaak weten mensen heel goed dat roken en alcohol slecht zijn voor hun

gezondheid, maar zijn er andere redenen waarom ze die middelen toch gebruiken.”

*Dus eigenlijk als een soort verdoving voor pijn of bestaanonzekerheid. Daarnaast maakt de omgeving – denk aan de supermarkten – het ook makkelijk om de ongezonde keuze te maken. Hoe kijken jullie daar tegenaan?*

**Hugo:** “Ja, dus gezondheidszorg heeft ook te maken met ruimtelijke ordening. We hebben de neiging om heel veel geld uit te geven aan een nieuw protoncentrum, maar die investering moet je eigenlijk vergelijken met de maatschappelijke meerwaarde op het gebied van gezondheid als je het geld bijvoorbeeld in iets totaal anders investeert, buiten de wereld van de dokters. Die andere plekken hebben niet altijd een even sterke en effectieve lobby als de sector waar ik in zit.”

**Xander:** “De *public-health*-gemeenschap propageert nu *health in all policies*. Dus als je het over het verkeer hebt, moet je meenemen wat het doet met de gezondheid. Als je nadenkt over huizenbouw, neem je de gezondheid ook mee, et cetera. Maar in de wereld van de ministeries concurreren deze onderling om een beperkte hoeveelheid geld. En als we dan kijken naar hoe die ministeries door de jaren heen zijn gegroeid, valt in een grafiek te zien dat het Ministerie van VWS daar als enige echt uitschiet. Dat grafiekje wordt gekscherend in ambtelijke kringen ook wel ‘de middelvinger van VWS’ genoemd. Je kunt uit die grafiek opmaken dat die andere ministeries de afgelopen decennia veel minder van de economische groei hebben mogen profiteren. Dus die andere ministeries voelen zich achtergesteld. Als je dan in een bijeenkomst zit met directeuren en secretarissen-generaal van verschillende ministeries, dan vinden ze je echt van lotje getikt als je begint over *health in all policies*. Zij vinden dat er geld terug moet van VWS naar de andere ministeries: ‘er is meer dan alleen zorg voor de alleroudsten’. Een ambtenaar van het Ministerie van Financiën zei lang geleden eens dat roken niet het probleem was, maar de oplossing. Je leeft korter, dus minder pensioen, minder AOW. Eigenlijk is het relatief goedkoop, omdat sterven aan longkanker goedkoper is dan sterven aan dementie. Je haalt immers die dementerende levensfase niet als je sterft aan longkanker. Dus voor hun begroting was *health in all policies* best ingewikkeld.”

**Hugo:** “De businesscase voor preventie is eerder negatief dan positief. Behalve dan als je de bredere maatschappelijke doelen beter gaat meenemen.”

**Xander:** “Ja, de oplossing is langer doorwerken. Dan komen namelijk de voordelen van preventie en van het gezonder en langer leven in grotere mate terecht bij de samenleving in zijn geheel. Daar is ook wel al het nodige over geschreven in ons vakgebied. Dus we weten wel wat we moeten doen om die businesscase een kans te geven.”

*Wie bepaalt nou dit soort keuzes in Nederland?*

**Hugo:** “Uiteindelijk de burgers, die de politiek kiezen. In de verkiezingsprogramma's staat bijna niets over de gezondheidskloof, los van wat woorden die worden gebezigd over leefstijl. Maar als ik uiteindelijk naar de economische tabel kijk van die programma's, dan gaat het níet naar die dingen waarvan ik denk dat het significant bijdraagt aan het verkleinen van die gezondheidskloof en aan het vergroten van het welzijn van mensen.

Dat heeft er ook mee te maken dat er een enorme populatie van goed opgeleide, monddige mensen in de zorg is – zeg maar ‘mijn soort mensen’ – die heel goed kunnen uitleggen waarom het ziekenhuis of het revalidatiecentrum nuttig is en veel geld nodig heeft. De bejaardenzorg slaagt daar ook redelijk in. Alleen is het natuurlijk zo dat dat soort keuzes consequenties hebben, namelijk dat we andere dingen dan niet meer kunnen doen.”

*Welke drie beleidsopgaven zouden de komende tien jaar prioriteit moeten krijgen en hoe?*

**Hugo:** “Het verkleinen van de gezondheidskloof – waar we het net al over hadden – staat bovenaan mijn lijstje. Een tweede vraagstuk betreft de marktordering. Dan gaat het om de vraag of het beter of anders kan. Nu wordt er bijvoorbeeld gesproken over spoedzorg, en om die op basis van beschikbaarheid te gaan betalen. Dat vind ik een heel slecht idee. Maar zo'n discussie komt natuurlijk niet uit het niets vallen. Dus er is onbehagen.

Ik denk zelf dat de basis van ons systeem in de cure – een gereguleerde marktwerking van aanbieders en van zorgverzekeraars – heel goed is. Maar voor het maken van sommige keuzes zou je het oude ziekenfondsmodel willen hebben. Dat gaat dan niet om een bepaalde beschikbaarheidsvergoeding, maar om een beschikbaarheidsbeslissing: moet een bepaalde functie ergens aanwezig zijn of niet? Dat je in Den Haag niet zowel in het HagaZiekenhuis als in het Westeinde een hele dure, zelfde faciliteit inricht. Dan

moet er dus een knoop worden doorgehakt: het wordt de één, en niet de ander. Een ander voorbeeld: moet er een spoedeisende hulp zijn in zowel Heerlen als Sittard? Ik vind niet dat de minister daarover moet gaan, maar ik vind wel dat je het niet aan concurrerende zorgverzekeraars kan overlaten.”

**Xander:** “Mag ik jouw advies samenvatten als: een beter kader opstellen voor de keuze pre-concurrentieel versus concurrentieel?”

**Hugo:** “Ja, zeker. En dat is ingewikkeld. Daarom is de gezondheidszorg voor economen ook zo interessant om te bestuderen, want alles wat mis kan gaan in de markt, dat gaat natuurlijk mis. Maar alles wat je in de gezondheidszorg met regulering kan oplossen, gaat ook mis. En daar zijn we dan de hele tijd druk mee bezig, met proefschriften en zo.”

**Xander:** “Wat mij opvalt, is dat er vrij weinig serieus wordt nagedacht over precies deze marktordeningvraag. Je hebt wel mensen die daar losse stukken over schrijven, maar je wil er eigenlijk serieuze kennisopbouw over hebben. Ik zou bij die kennisopbouw ook bestuurskundigen betrekken trouwens, want die houden zich ook bezig met sturingsmechanismevraagstukken.”

**Hugo:** “Dan mijn derde advies. De ‘cure’ is in Nederland grosso modo best goed en efficiënt. Maar dat geldt niet voor de ‘care’, de langdurige zorg. Eigenlijk is dat een maatschappelijke beslissing waarbij we onze eigen verantwoordelijkheid graag afschuiven aan gebouwen en externe instituties. De vraag is wel: kan je op die manier door blijven gaan? En hoe krijg je de laatste fase van het leven meer in het sociale domein, in plaats van het zorgdomein. Dus dichterbij de sociale omgeving van mensen, de familie enzovoorts. Daar moeten we naar kijken.

Dat is een kwestie van prikkels. In Duitsland, als mijn schoonmoeder het verpleeghuis ingaat, dan moet ze eerst haar eigen geld opstoken en daarna moeten haar kinderen lappen. Dus in Duitsland zijn er nog veel meer ouderen die bij de familie in huis wonen. Dat is niet altijd prettig, dat bijvoorbeeld je moeder bij je in de achterkamer woont. Maar het is een *fact of life*, dus je gaat er anders mee om.”

**Xander:** “Ik vind het lastig om als man deze discussie aan te gaan, want het gaat dan in feite deels om het terugdraaien van de emancipatie van vrouwen. Dat is wat er hier



gaat gebeuren als je dit gaat doen. Ik vind wel dat we hierover moeten praten, maar ik vind het ook echt moeilijk.”

*Behalve dan als de mannen ook meer van dat soort zorgtaken op zich gaan nemen...?*

**Xander:** “We weten gewoon dat dat in de werkelijkheid niet zo is. De planbureaus doen hier onderzoek naar en dan blijkt dat in Nederland vrouwen twee keer zo vaak betrokken zijn bij mantelzorg als mannen. En die mannen maken dan ook nog eens veel minder uren en nemen minder stressvolle taken op zich. Die definitie van mantelzorg is inmiddels ook een beetje opgerekt tot ‘een keertje naar het ziekenhuis rijden’, ja, en dan doen die mannen ook ineens mee. Ik verwacht dat ook in de toekomst vrouwen zich eerder verantwoordelijk voelen dan mannen, en mantelzorgtaken op zich zullen nemen.”

*Je mag meteen door met jouw lijstje van de drie belangrijkste beleidsopgaven.*

**Xander:** “Ik was bang dat ik precies dezelfde punten zou noemen als Hugo, maar dat is gelukkig niet het geval. Ten eerste, ik merk dat politici die woordvoerder zijn op de portefeuille zorg, de problemen rond sociaal-economische ongelijkheden en de leefstijl echt zien – ook de liberalen. Tegelijkertijd merk ik dat het politiek echt een *no-go area* is om in te grijpen in de persoonlijke levenssfeer en omgeving. Dus het is heel moeilijk om een maatregel voor te stellen die ertoe leidt dat je niet om half zes ‘s middags verleid wordt op het station door allerlei ongezonde opties zoals een frikandelbroodje.

Voor onze economie is het van bijzonder belang dat we de grote demografische groep van begin- en midden-vijftigers langer productief houden. Daarvoor is natuurlijk een goede gezondheid van belang. Twintig jaar geleden kon je zieke mensen nog vervangen door andere mensen die gezond waren. Maar nu – met de arbeidsmarktkrapte – wordt het economisch rendabeler om mensen gezond en productief te houden. Het is ook interessant om te zien dat de regering daar nu niet zo hard aan trekt, maar de werkgeversorganisatie VNO-NCW wel. *And it makes sense*. Als je als overheid niet de legitimiteit ervaart om in te grijpen, geef dan als overheid de werkgevers de mogelijkheden: stimuleer en beloon het.

Mijn tweede punt gaat over de ouderenzorg. We hebben ooit een stelsel ingericht in

een tijd dat we net de gasvelden ontdekten, we nog veel jongeren hadden en weinig ouderen. Daardoor konden we een luxesysteem met veel formele ouderenzorg opzetten. Maar dat kunnen we ons nu niet meer veroorloven. De vergrijzing is een treinramp in slow motion. We weten wat er op ons afkomt, en we moeten daar nu acuut naar gaan handelen. Ondertussen probeert elke politieke partij toch tijdens de verkiezingen de urgentie telkens te ontkennen.

De verwachting is dat, om allerlei redenen, per patiënt het aantal mantelzorgers de komende jaren gaat halveren. Dat is zorgelijk. Maar, er is ook goed nieuws. Je hebt na je pensioenleeftijd nog gemiddeld twintig levensjaren. We hebben dus een enorme groep mensen die vaak nog goed bij verstand zijn en een prachtige ervaring hebben opgebouwd in hun carrière. Die mensen hebben de samenleving dus nog heel veel moois te bieden. En veel van die mensen die met pensioen gaan, krijgen ook een zingevingsprobleem. We moeten die groep zien te activeren om iets te betekenen voor hun leeftijdsgroep of voor de net iets ouderen. Misschien helpt een geldelijke of andersoortige vrijwilligersvergoeding daarbij.

Ten derde, in de curatieve zorg doen we veel dingen die op voorhand geen medische baten opleveren. Sommige radiologen zeggen bijvoorbeeld tegen mij dat ruim vijftig procent van wat zij nu doen, op voorhand geen medische toegevoegde waarde heeft. Maar denk ook aan zoiets als levenseinde. Je moet soms praten als Brugman om te voorkomen dat iemand van wie het einde al in beeld is, nog allerlei heftige operaties krijgt. Dan heb ik het niet eens over kosten, maar over levenskwaliteit.”

**Hugo:** “Mee eens, maar Nederland loopt hierin wel al voorop ten opzichte van andere landen. We hebben dus de afgelopen twintig jaar al veel goede stappen gezet, maar we zijn er nog niet.”

**Xander:** “Ja, terecht punt. Maar er is nog steeds ruimte voor verbetering. Zeker in deze periode van schaarste verdient dit punt nog steeds aandacht. Ik vind het echt lastig dat we soms dit soort zorg nog leveren, terwijl elders in de zorg zo veel pijn wordt geleden omdat daar de mensen en de middelen niet beschikbaar zijn. Dus daarom wil ik dit onderwerp graag op de agenda houden.”

*Wat betreft die tekorten in de zorg: biedt de digitale transitie daarvoor hoop?*

**Hugo:** “De grootste kostendriver in de gezondheidszorg is technologische

voortgang. Technologische voortgang is de nummer één; dus niet de vergrijzing of zo. Technologische voortgang verklaart ongeveer vijftig procent van de groei van de zorgkosten. Dat komt omdat er door technologie meer mogelijk wordt. Je mag hopen dat er bij de digitale transitie ook arbeidsbesparende technologie zit. Maar heel veel van de nieuwe technologie creëert nieuwe data. Die data kunnen we vervolgens analyseren en dan zien we dat je *personalized care* nodig hebt. Dus een bepaald duur pilletje dat precies bij die specifieke individu past. Ik ben overigens wel een enorme fan van de digitale transitie op bepaalde plekken. Ik denk ook dat technologie zoals AI de zorg kwalitatief beter kan maken. Siemens heeft software die de meeste knobbeltjes in de borst veel sneller en beter herkent dan de radiologen. De radiologen krijgen dan een andere rol, zoals het nader duiden van de uitslagen en het bespreken in het multidisciplinair overleg. Daar hebben ze dan meer tijd voor en dat is heel nuttig.”

**Xander:** “Als econoom denk ik altijd dat als de arbeidsproductiviteit stijgt, we dan rijker worden. Innovatie leidt tot een verhoging van de arbeidsproductiviteit, en vervolgens leidt dat tot meer koopkracht en welvaart. In veel sectoren is innovatie arbeidsbesparend. Maar in de zorg lukt die arbeidsbesparing in de praktijk niet. Er is namelijk veel hindermacht in de zorg. Dus de mensen van wie het werk wordt vervangen, worden niet ontslagen, maar ze verzinnen een nieuwe activiteit, zoals een slaappoli. Dus de innovatie in de zorg is niet per se slecht, maar het leidt ook niet tot besparingen. De markt ruimt niet in de zorg zoals die ruimt buiten de zorg. Dus ik omarm ook het punt van Hugo dat technologie in de zorg niet leidt tot een uitgavenreductie, zoals dat in andere sectoren wel het geval is.

*Nog even een ander punt. We hebben het veel gehad over fysieke gezondheid, maar ook mentale gezondheid is natuurlijk belangrijk. Zeker bij jongeren zijn daar veel zorgen. Hebben we daar genoeg aandacht voor? Moeten we hier steviger op ingrijpen?*

**Xander:** “Ja mee eens, mentale gezondheid is erg belangrijk. Ik heb toevallig net een college jeugdzorg gegeven. Elk jaar vraag ik aan mijn studenten: wat denken jullie dat belangrijke drivers zijn van die verslechterde geestelijke gezondheid onder jongeren? Dit jaar zei voor het eerst maar liefst negentig procent dat het de sociale media waren. Echt massaal.”

**Hugo:** “Mark Zuckerberg moet dus ook het gevang in.”

**Xander:** “Er is alleen nog niet veel wetenschappelijk bewijs. We zien wel dat het percentage jongeren met gedachten over suïcide in een paar jaar is gestegen van acht naar zestien procent. Dat is een waanzinnige stijging.

Als sociale media een belangrijke oorzaak blijkt te zijn voor een slechtere mentale gezondheid, dan moeten we qua oplossing, denk ik, eerder kijken naar voorliggende maatregelen in plaats van de individuele ggz en het optuigen van meer zorg. Dan gaat het over de vraag wat we kunnen doen om de samenleving gezonder te maken voor jongeren.”

**Hugo:** “Op een paar punten staan de prikkels wel verkeerd nu. Bij jeugdzorg hebben we het bijvoorbeeld zo geregeld dat de makkelijke gevallen goed worden betaald en dat de moeilijke gevallen onaantrekkelijk zijn voor de ggz-aanbieders om die op te nemen. Dat is een knop waar je al aan kan draaien ten behoeve van de jongeren.”

*Nog een nabrander?*

**Xander:** “Ik zie dat veel economen het idee hebben dat een groot deel van de economische groei als vanzelf naar de zorg gaat, en ze zijn daar soms verwijtend in. Daar zit ook een implicatie in van: is gezondheid nou het hoogste goed? Moet het er nou áltijd over gaan? Is er niet méér?

Daar kun je op verschillende manieren tegenaan kijken. Gezondheid is deels een voorwaarde voor een productief leven, waardoor mensen beter kunnen bijdragen aan de samenleving. Als je nadenkt over wat het betekent om mens te zijn, dan is het lastig om dat in te vullen als je niet gezond bent. Het is niet gek dat rijkere, vergrijzende samenlevingen meer aan gezondheidszorg willen uitgeven.”

**Hugo:** “De vraag is inderdaad wat gezondheid is. Betekent het dat je bewegingsapparaat helemaal perfect is, en dat als je een beetje pijn hebt aan je knie, dat je een nieuwe knie kan krijgen... Of heeft gezondheid ook te maken met zingeving en positieve gezondheid? Gezondheid is wat mij betreft niet alleen de technische factor – dat je bloedwaarden goed zijn – maar ook dat je in staat bent te doen wat je aspireert.”

**Adviezen:**

- Pak de gezondheidskloof in Nederland aan.
- Stap bij het beslissen over beschikbaarheidsfuncties af van marktordening op basis van concurrentie.
- Breng zorg voor ouderen meer naar het sociale domein en minder naar het zorgdomein.
- Stimuleer en investeer in de gezondheid en de productiviteit van onze werkende bevolking.
- Verleid de groep gepensioneerden om meer informele zorg te leveren aan hun eigen leeftijdsgroep en de net iets ouderen.
- Stop met die zaken in de curatieve zorg die op voorhand geen medische baten opleveren.

